

VU Research Portal

Wild at heart and weird on top

Nadort, M.

2012

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Nadort, M. (2012). *Wild at heart and weird on top: The implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in regular mental health care*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Wild at heart and weird on top

*The implementation of outpatient schema
therapy for borderline personality disorder
in regular mental health care*

Marjon Nadort



Samenvatting

Implementatie van schematherapie voor borderline persoonlijkheidsstoornis in de reguliere GGZ: Bevindingen en overwegingen.

Adapted from:

Gedragstherapie Themanummer Disseminatie en Implementatie van CGT, 44, 2011.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., Hoogendoorn, A. W., Asselt, van T., Wensing, M. & Dyck, R. van (2011).

Inleiding

Het verbeteren van zorgverlening is niet alleen een uitdagend, maar vooral ook een inspannend proces. Als een nieuwe werkwijze effectief bevonden is, betekent dat nog niet dat deze vanzelf toegepast zal worden in de praktijk. Om implementatie op te zetten en uit te voeren zijn geduld, doorzettingsvermogen, frustratietolerantie, lange termijn denken, kennis van de alledaagse praktijk en wetenschappelijke evaluatie vereisten. Combineer deze eigenschappen met een grote vasthoudendheid en een wellicht onrealistisch optimisme en er is kans van slagen. In dit artikel wordt kort ingegaan op implementatie van nieuwe werkwijzen in de zorgverlening. Vervolgens wordt het onderzoek naar de implementatie van schematherapie (ST) voor borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland beschreven. Hierbij zullen de proefimplementatie, de daadwerkelijke implementatie, en de resultaten op het gebied van effectiviteit, therapeutische alliantie en kosteneffectiviteit de revue passeren. Ten slotte zullen de belemmerende en bevorderende factoren van het implementatieproces belicht worden en wordt afgesloten met een discussie en aanbevelingen voor de toekomst.

Implementatie

Implementatie is omschreven als ‘een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg’ (Grol, Wensing & Eccles, 2005; Hulscher, Wensing & Grol, 2000). Op grond van onderzoek en praktijkervaringen wordt aanbevolen om bij implementatie met de volgende aandachtspunten rekening te houden (Grol et al., 2005, Grol & Wensing, 2006): ‘zorg voor een systematische aanpak, let op de aantrekkelijkheid van de nieuwe werkwijze, breng de zorg zoals die nu geregeld is in kaart, maak een diagnostische analyse, betrek de doelgroep zowel bij de ontwikkeling en aanpassing van de innovatie als bij de planning van de implementatie, maak gebruik van een kosteneffectieve mix van methoden, maak onderscheid in fasen van implementatie (verspreiden, implementeren en integreren), wees ervan bewust dat aandacht voor organisatie, financiering en regelgeving belangrijk is voor behoud van bereikte verbeteringen, neem maatregelen op verschillende niveaus: landelijk, lokaal, team en professional, zorg voor continue evaluatie van het implementatieproces en resultaat ervan en geef feedback aan de doelgroep’.

Schematherapie

Schematherapie (ST) is te definiëren als een integratieve psychotherapie, waarbij elementen van en theoretische inzichten uit een veelvoud van therapeutische scholen en (bio)psychologische theorieën zijn geïntegreerd in een theoretisch model gebaseerd op de cognitieve theorie (Young, Klosko & Weishaar, 2005; Arntz, 2008; Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008).

De (kosten-)effectiviteit van ST voor BPS werd onderzocht in een Randomized Controlled Trial (RCT) (Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort & Arntz, 2006; van Asselt, Dirksen, Arntz, Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Kremers, Nadort & Severens, 2008). In deze RCT werd schematherapie vergeleken met Transference Focused Psychotherapy (TFP). ST kwam als beste methode naar voren met een hogere effectiviteit, lagere drop-out, en lagere kosten. Bij de toekenning van de subsidie voor de RCT had het College van Zorgverzekeraars als voorwaarde gesteld dat de meest effectieve methode geïmplementeerd moest worden. Op grond hiervan werd een proefimplementatie ST uitgevoerd en een subsidieaanvraag geschreven om ST te implementeren in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland.

Diagnostische analyse en proefimplementatie

De implementatierichtlijnen van Grol en Wensing (2006) volgend, werden twee stappen gezet: er werd een diagnostische analyse gedaan waarin de bevorderende en belemmerende factoren in kaart werden gebracht (Arntz, Dirksen & Bleecke, 2005; Nadort, van Dyck, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Wensing, Spinhoven, Dirksen, Bleecke, van Milligen, van Vreeswijk & Arntz, 2009a) en er werd een proefimplementatie uitgevoerd (Nadort & Giesen-Bloo, 2005). De diagnostische analyse was gebaseerd op resultaten van interviews en enquêtes van behandelaren en managers, en vormde de basis voor de verdere stappen (Nadort et al., 2009a).

De proefimplementatie bestond uit de volgende elementen:

- *De ontwikkeling van een ST-trainingsprogramma voor therapeuten in de vorm van een 50-uurs cursus, volgens de richtlijnen van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).*
- *De productie van een serie DVD's met therapietechnieken (Nadort, 2005). Tevens werd een website ontworpen waarop informatie werd gegeven over ST en de handleiding voor het gebruik van de DVD-box werd geplaatst: www.schematherapie.nl*
- *Vervolgens werd de cursus uitgevoerd en geëvalueerd. De cursus werd gegeven door twee ervaren trainers. Acht behandelaars uit de reguliere GGZ en de forensische psychologie namen deel aan de training. De vaardigheden van de therapeuten na afloop werden gemeten door middel van korte rollenspelen met acteurs. Deze rollenspelen werden op video opgenomen en beoordeeld door drie onafhankelijke beoordelaars met behulp van de Young Therapy Adherence and Competence Scale (Young, Arntz & Giesen-Bloo, 2006). De resultaten zijn beschreven in (Nadort et al., 2009a).*

Implementatietraject

Na de afronding van bovengenoemde proefimplementatie in 2005, kon in 2006 het daadwerkelijke implementatietraject en onderzoek hiernaar starten. De opzet van het project, design van de evaluatie, de gebruikte meetinstrumenten en statistische analyses zijn beschreven in Nadort, Arntz, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Spinhoven, van Asselt, Wensing en van Dyck (2009c).

Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van de studie was of *implementatie van ST voor BPS binnen de reguliere GGZ* mogelijk was. En als implementatie mogelijk was, wat dan de gevolgen zouden zijn voor de (kosten-)effectiviteit van de behandeling. In het implementatieproject werden de behandelingen grotendeels uitgevoerd binnen de reguliere GGZ en was de behandeling minder intensief dan in de oorspronkelijke RCT (Giesen-Bloo et al., 2006): het eerste jaar twee zittingen per week, het tweede jaar één zitting per week en het derde jaar één zitting per twee weken. De therapeuten kregen een minder intensieve training dan in de RCT. In de RCT werd de training gegeven door buitenlandse experts, in de implementatiestudie door Nederlandse experts.

De tweede onderzoeksvraag betrof het belang van *telefonische bereikbaarheid buiten kantoortijd* voor de effectiviteit van ST. Deze telefonische bereikbaarheid werd in de oorspronkelijke RCT toegepast (Giesen-Bloo et al., 2006) en was als belangrijk voor ST beschreven (Young et al., 2005; van Genderen & Arntz, 2005). Of dat terecht was, was niet systematisch onderzocht. Omdat telefonische bereikbaarheid voor therapeuten een obstakel kan zijn om ST te gebruiken, was het voor implementatie van ST belangrijk om de effectiviteit goed te onderzoeken.

De derde onderzoeksvraag betrof de *therapeutische alliantie*. De hypothese dat de alliantie hoger gewaardeerd werd in de telefonische bereikbaarheidsconditie werd getoetst.

De vierde onderzoeksvraag betrof de *kosteneffectiviteit*. De vraag was of er verschil tussen de condities was in kosten, en hoe zich dat dan zou verhouden tot verschillen in klinische effectiviteit en kwaliteit van leven.

Als laatste onderzoeksonderdeel werden bevorderende en belemmerende factoren bij het *implementatieproces* in kaart gebracht en aanbevelingen voor de toekomst gedaan.

Methoden

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek was een RCT waarbij twee condities met elkaar werden vergeleken: een conditie met (ST+) en een zonder (ST-) extra crisisopvang in de vorm van telefonische bereikbaarheid van de therapeut buiten kantooruren. Een powerberekening uitgaand van een gemiddeld tot groot verschil tussen condities leidde tot een onderzoeksgroep van minimaal 62 patiënten. Het onderzoek is daarnaast een evaluatie van de implementatie van ST voor BPS in de reguliere GGZ. Daartoe werden de resultaten vergeleken met de oorspronkelijke RCT volgens de zogenaamde benchmark strategie. Het onderzoek werd uitgevoerd in acht GGZ-instellingen in Nederland.

Randomisatie. De toewijzing van de telefonische bereikbaarheid buiten kantooruren aan de therapeuten gebeurde volgens gestratificeerde randomisatie. Dit hield in dat per locatie de helft van de therapeuten wel en de helft geen telefonische bereikbaarheid aanbood.

Therapeuten. In het voorjaar van 2006 werden 31 therapeuten door twee ervaren trainers getraind in twee groepen gedurende acht dagen. Iedere therapeut behandelde twee patiënten. Per locatie namen alle therapeuten deel aan één intervisiegroep gedurende een uur per week. Iedere intervisiegroep kreeg een keer per maand drie uur supervisie van de onderzoeker. Tevens werden elk jaar terugkomdagen georganiseerd waarin supervisie werd gegeven aan de hele groep therapeuten, en informatie en feedback over de voortgang van de studie werd verstrekt. De therapeuten registreerden het aantal telefonische contacten binnen en buiten kantooruren.

Metingen. Alle patiënten kregen na inclusie een voormeting, gevolgd door metingen na een half jaar, één jaar, anderhalf jaar en drie jaar. De metingen van het implementatieonderzoek werden gedaan door getrainde onderzoeksassistenten op de verschillende locaties.

In- en exclusiecriteria. De inclusiecriteria waren: BPS als hoofddiagnose volgens de SCID-II; leeftijd 18-60 jaar; en voldoende ernst (Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV; Giesen-Bloo, Wachter, Schouten & Arntz, 2010) score boven de 20). De exclusiecriteria waren: een psychotische stoornis, een bipolaire stoornis, ADHD, DIS, middelenafhankelijkheid die klinische detox behoefde, of de Nederlandse taal niet machtig zijn.

Meetinstrumenten

Dit artikel beperkt zich tot de belangrijkste maten, zie Nadort et al. (2009a-c) voor alle meetinstrumenten en psychometrische eigenschappen. De primaire uitkomstmaat was de BPDSI-IV (Giesen-Bloo et al., 2010). Dit semi-gestructureerde interview werd afgenomen door getrainde onderzoeksassistenten. Het meet ernst en frequentie van huidige BPS-symptomen. Een score lager dan 15 definieert 'herstel' (recovery). Een 'betrouwbare verbetering' (reliable change) treedt op bij een vermindering van minstens 11.7 punten (Jacobson & Truax, 1991). Kwaliteit van leven werd gemeten met de EuroQol-5D (EQ-5D; EuroQol Group, 1990; Brooks, 1996; Dolan, 1997), welke bestaat uit vijf vragen over mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De kosten werden geïnventariseerd met een gestandaardiseerd interview, afgenomen door een getrainde onderzoeksassistent (van Asselt et al., 2008). Dit kosteninterview bevatte de onderwerpen betaald en onbetaald

werk, verzuim, gezondheidszorggebruik (o.m. huisarts, polikliniek, ziekenhuis, crisisdienst), medicijnengebruik, alcohol- en drugsgebruik, belasting van de omgeving, en overige kosten. De gesommeerde kosten gedurende de drie jaar behandeling geven aan wat de maatschappelijke kosten van de behandeling waren gedurende de behandelperiode. De therapeutische alliantie werd gemeten met de Working Alliance Inventory (WAI), versies therapeut en patiënt (Horvath & Greenberg, 1989).

Statistische analyse

Effectiviteit. We gebruikten intention-to-treat analyses met last-observation-carried-forward voor missende waarden. Alle conditie-effecten werden getoetst met baseline-BPDSI, technische- en therapeut-competentie als covariaten, omdat deze verschilden tussen condities.. Behandel-effecten op continue maten werden getest met gepaarde t-testen en ANCOVA's. Effect sizes werden berekend met de formule van Cohen: $(X_1 - X_2) / SD_{\text{pooled}}$, waarbij X_1 de gemiddelde pre-treatment score is, X_2 de gemiddelde post-treatment score is, en SD_{pooled} de gepoolde standaarddeviatie van pre- en post-treatment is. Logistische regressie werd gebruikt voor de uitkomstmaten 'herstel' en 'betrouwbare verbetering'. Om de tijd tot het bereiken van 'herstel' of 'betrouwbare verbetering' te meten werden survival analyses uitgevoerd (Cox regressie). Tijd tot drop-out werd met survival analyses getoetst. Alle analyses zijn tweezijdig getoetst met een significantie niveau van 5%, en werden uitgevoerd met SPSS versie 15.0.

Therapeutische alliantie. Met behulp van een 2 (group) x 4 (time) mixed factorial design met herhaalde meting voor tijd werden verschillen in de kwaliteit van de therapeutische alliantie tussen de condities onderzocht.

Kosteneffectiviteit. In de kosteneffectiviteitsanalyse (KEA) werden de extra kosten (of besparingen) per eenheid effect van ST+ t.o.v. ST- berekend. Dit getal is de incrementele kosteneffectiviteitsratio ('Incremental Cost Effectiveness Ratio', ICER). Effect werd uitgedrukt als a) aantal herstelde patiënten, en b) de voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren, 'Quality Adjusted Life Years' (QALYs). Een QALY betekent dat de levensduur van een patiënt wordt gecorrigeerd voor de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven wordt weergegeven als utiliteit, een getal tussen 0 en 1, waarbij 0 de slechtst en 1 de allerbest mogelijke gezondheid is. Deze utiliteit wordt vermenigvuldigd met de jaren waarover deze is bepaald, en dat resulteert in een QALY. QALYs konden dus variëren van 0 tot 3. De utiliteit werd afgeleid van de EuroQol-5D. Om de onzekerheid van kosten in relatie tot effecten respectievelijk QALY's te kunnen berekenen werden bootstrap simulaties met 1000 replicaties gebruikt.

Resultaten

Patiënten

Vanuit de verschillende instellingen werden 92 patiënten verwezen. Dertig daarvan werden geëxcludeerd vanwege de volgende redenen: geen BPS, n=14; BPDSI<20, n=16; Psychotische stoornis, n=9; ADHD, n=1; Bipolaire stoornis, n=1; logistieke problemen i.v.m. wachtlijst en verhuizing, n=2 (n=43 omdat sommigen geëxcludeerd werden om meerdere redenen). De onderzoeksgroep bestond uit 60 vrouwen en 2 mannen. De gemiddelde leeftijd was 31.97 jaar (SD 9.06). Zesendertig deelnemers (58.1%) gebruikten psychotrope medicatie. Het gemiddelde aantal diagnoses op AS-I was 2.27 (SD 1.42). De gemiddelde BPDSI baseline-score was 30.92 (SD 7.01). Na randomisatie waren er 32 ST+ en 30 ST- deelnemers. Één van de ST+patiënten overleed vlak na de screening. Analyses m.b.t. conditie hebben daarom betrekking op 61 i.p.v. 62 patiënten. De onderzoeksperiode liep van juli 2006 tot augustus 2010.

Effectiviteit

De BPDSI-scores daalden significant in de gehele groep, $M = 15.16$, $SE = 1.48$, $t(61) = 10.22$, $p < 0.001$, $d = 1.78$. Er waren geen significante verschillen tussen de condities op de BPDSI-score, $F(1, 53) = 0.07$; $p = 0.79$, of enige andere uitkomstmaat. Het gemiddeld aantal zittingen bedroeg 94 ($SD 49.26$; range 1-210), zonder verschil tussen condities, $t(60) = 0.39$, $p = 0.7$. In ST+ bedroeg het gemiddeld aantal telefonische contacten buiten kantoor tijd in drie jaar 22.74 ($SD 31.76$, mediaan 10, range 0-119). De frequentie van bellen verschilde sterk: van de 31 patiënten belden negen nooit, elf tussen de 1 en 20 keer en één 199 keer. Na 3 jaar was 49% hersteld, met geen verschil tussen condities (Wald=0.23, $p=0.63$, OR 1.33, 95% betrouwbaarheidsinterval (CI)=0.415-4.247). Betrouwbaar verbeterd was 63%, met geen verschil tussen condities (Wald=0.017, $p=0.90$, OR 0.92, CI=0.258-3.278). De drop-out was 35.5%, zonder verschil tussen condities (Wald=0.03, $p=0.86$, OR 1.11, CI=0.341-3.622). De oorspronkelijke RCT als benchmark nemend, kan geconcludeerd worden dat de klinische effecten van de geïmplementeerde ST vergelijkbaar waren, de drop-out echter hoger.

Therapeutische alliantie

De kwaliteit van de therapeutische relatie volgens de patiënt, (WAI-P) bleek niet significant te veranderen gedurende de eerste 1.5 jaar van de behandeling ($F(2.38, 121.43)=2.15$, $p=0.11$). Evenmin bleek er een significant verschil tussen de condities te bestaan ($F(1, 51) = 1.53$, $p = 0.22$) of kon er een Group X Time interactie effect worden aangetoond ($F(2.38, 121.43) = 2.41$, $p = 0.08$). Positieve alliantie scores van de patiënt (WAI-P) bij het begin van de behandeling waren een voorspeller voor herstel (Wald(1)=5.70, $p=0.017$, OR=1.67, CI= 1.096–2.541) en betrouwbare verbetering na 18 maanden behandeling (Wald(1)=4.45, $p=0.035$, OR=1.50, CI=1.029–2.191). Op de WAI-T werden geen effecten gevonden.

Kosteneffectiviteit

De gemiddelde totale kosten over 3 jaar waren € 26533 voor ST+ en € 23989 voor ST-, 95% onzekerheidsinterval voor het verschil: -5128 tot 10797, wat een niet significant verschil inhoudt. Het percentage herstelde patiënten was evenmin significant verschillend: 48% voor ST+ en 50% voor ST- ($p=0.63$). De gemiddelde QALY's over de 3 jaar was 1.72 voor ST+ en 1.89 voor ST- (95% onzekerheidsinterval voor verschil: -0.57 tot 0.23) eveneens een niet significant verschil. Aangezien ST+ naar hogere kosten tendeerde, en het percentage herstelde patiënten niet hoger was dan in ST- kon geconcludeerd worden dat ST+ minder kosteneffectief is dan ST-. Bootstrap resultaten lieten zien dat 47% van de replicaties in het Noordwest kwadrant lag waar ST+ inferieur was aan ST-. ST+ tendeerde naar lagere QALY's vergeleken met ST-. Bootstrap resultaten lieten zien dat 64% van de replicaties in het Noordwest kwadrant lagen, het inferieure kwadrant waar ST+ duurder is en minder effectief dan ST-. Op grond hiervan kon geconcludeerd worden dat ST+ vergeleken met ST- eerder naar minder kosteneffectief dan naar kosteneffectiever tendert.

Kwalitatieve bevindingen

Tijdens het proces van de implementatie werd een aantal factoren gevonden die met het verloop van de implementatie samenhangen. Deze zullen hieronder beschreven worden.

Langdurige psychotherapie: maximum aantal zittingen. Het implementeren van langdurige psychotherapie was enige jaren geleden problematisch gezien de Nederlandse overheidsmaatregel van maximaal vijftig zittingen psychotherapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Deze maatregel is inmiddels teruggedraaid maar maakte wel dat instellingen vraagtekens hadden

bij langdurige behandelingen. Momenteel kunnen borderline patiënten binnen een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) behandeld worden en is dit probleem opgelost. Dit biedt ruimte tot het implementeren van ST. De toenmalige maatregel bracht ons ertoe de sessiefrequentie in jaar 2 en 3 sterk terug te brengen. Patiënten waren hier echter lang niet altijd gelukkig mee. Het is waarschijnlijk beter hier flexibeler in te zijn en de frequentie aan te passen aan het proces van de individuele patiënt.

Eigen bijdrage psychotherapie. Een ander probleem vormde de eigen bijdrage psychotherapie. Deze was afgeschaft tijdens het implementeren van ST, wat inhield dat ST makkelijker te implementeren was. Inmiddels is door de overheid voorgesteld om opnieuw een eigen bijdrage in te stellen. Dit zal voor deze doelgroep die niet financieel draagkrachtig is waarschijnlijk voor problemen gaan zorgen.

Telefonische bereikbaarheid van therapeuten. Enkele therapeuten zagen bij voorbaat af van deelname aan de studie omdat zij bang waren voor overbelasting door de telefonische bereikbaarheid. Uit onze studie bleek dat de wijze waarop en de mate waarin patiënten gebruik maakten van deze bereikbaarheid erg verschillend was. De therapeuten ervoeren deze voorziening ook verschillend: een aantal was blij met deze conditie en vond dat zij hiermee juist een goede behandeling konden bieden, terwijl ze het niet als een grote last ervoeren. Anderen waren dezelfde mening toegedaan, maar voelden zich soms (te) zwaar belast; en er waren therapeuten die er negatief tegenover stonden en het te zwaar vonden.

Intervisie. Therapeuten gaven aan dat zij ondersteuning door wekelijkse intervisie-bijeenkomsten een noodzakelijke voorwaarde vonden om de behandeling vol te kunnen houden. Sommige therapeuten moest voor intervisie meerdere uren reizen omdat zij werkzaam waren op verschillende locaties van dezelfde instelling. Dit was soms lastig door toegenomen productiedruk in de instellingen.

Supervisie. Therapeuten gaven ook aan de supervisie als noodzakelijk te beschouwen. Dat betekent dat in de eerste periode van implementatie een supervisietraject moet worden afgesproken.

Commitment voor drie jaar. Sommige therapeuten vonden het moeilijk zich voor drie jaar te committeren. De redenen varieerden van mogelijk verandering van baan, het zoeken naar een opleidingsplek, verhuizing naar een ander land, wens tot zwangerschap en pensioen.

Minimum aantal ST-therapeuten per locatie binnen een instelling. Het aantal therapeuten dat deelnam varieerde per instelling van 2 tot 8. Per instelling werkten therapeuten vaak op verschillende locaties, zodat ST-therapeuten soms alleen op een locatie werkten. Therapeuten gaven aan dat het lastig was om solitair ST te geven omdat ze weinig intercollegiale ondersteuning en feedback kregen, en ook de crisisopvang niet altijd goed geregeld was. Wanneer er meer ST-therapeuten op één locatie werkten, was ondersteuning en opvang makkelijker realiseerbaar.

Ondersteuning door management en crisisdienst. Als aanbevolen door Grol et al. (2005) en Grol en Wensing (2006), vond ter voorbereiding in alle instellingen overleg plaats met managers en afdelingsmanagers. Toch bleek tijdens studie dat behandelaren niet altijd gesteund werden door hun (afdelings-)managers. Zo werd er, onder invloed van de werkdruk, onvoldoende rekening gehouden met het aantal uren dat was begroot voor het project. Behandelaren hadden moeite om tijd vrij te maken voor behandelingen, voor telefonische bereikbaarheid binnen kantoortijd, en voor intervisie en supervisie. Verder verliep de samenwerking met de crisisdienst in sommige instellingen uitstekend, terwijl in andere instellingen deze moeizaam was, doordat men bij sommige crisisdiensten 'limited reparenting' en de beschikbaarheid van de therapeut onduidelijk of overdreven vond. Mogelijk is hier tijdens de voorbereidingen te weinig rekening mee gehouden. Hier zal in de toekomst meer aandacht aan moeten worden geschonken.

Indicaties voor verwijzingen/ predictoren. Voor patiënten die tevreden waren over hun eerdere behandeling was het moeilijk was om de overstap te maken naar een nieuwe therapeut voor een ST-behandeling. Onze aanbeveling is om goed lopende behandelingen niet te onderbreken, maar patiënten te verwijzen voor ST wanneer zij nog geen behandeling hebben of een behandeling niet naar wens verloopt. Een andere indruk was dat jong-volwassenen (18-23 jaar) die deelnamen aan de studie moeite hadden om zich aan de therapiefrequentie te houden van twee keer per week in het eerste jaar. Mogelijk was de lijdensdruk niet hoog genoeg of vond men twee keer per week te zwaar. De behandelaren probeerden hen zo goed mogelijk te motiveren om toch te komen, of het werd toegestaan dat zij minder vaak kwamen. Het aantal jong-volwassenen was echter te klein om hier definitieve uitspraken over te doen

Discussie

Het doel van de implementatiestudie was om te onderzoeken of a) ST geïmplementeerd kon worden in de reguliere GGZ, b) of er verschil in effect kon worden aangetoond tussen de conditie met en zonder telefonische bereikbaarheid, c) of er verschil was in de therapeutische alliantie in beide condities, d) welke conditie het meest kosteneffectief was en e) in kaart te brengen wat bevorderende en belemmerende factoren waren tijdens het implementatieproces. Op grond van de uitkomsten van het implementatieonderzoek is duidelijk geworden dat ST voor BPS implementeerbaar is in de reguliere gezondheidszorg en dat de resultaten vergelijkbaar zijn met die van de RCT van Giesen-Bloo et al. (2006). Eveneens is duidelijk geworden dat de telefonische bereikbaarheid buiten kantoor tijd geen noodzakelijke voorwaarde was voor de effectiviteit van de behandeling, de kosteneffectiviteit van de behandeling, en evenmin voor de therapeutische alliantie. Een punt van zorg is echter de drop-out, die in de implementatie studie hoger was dan in de oorspronkelijke studie (Giesen-Bloo et al., 2006). Deze hing niet met extra telefonische bereikbaarheid samen, maar wellicht wel met het verminderen van de sessiefrequentie na het eerste jaar, wat voor veel patiënten moeilijk was en wellicht met het therapieproces heeft geïnterfereerd. Omdat de beperking van het aantal sessies psychotherapie is afgeschaft, adviseren wij de sessiefrequentie indien het proces dat vraagt langer op 2 sessies per week te houden.

Voorzichtigheid bij de interpretatie van de data is op zijn plaats. De power van deze studie was voldoende om een gemiddeld tot groot effect van de telefonische bereikbaarheid aan te kunnen tonen. Het feit dat er geen significant verschil tussen beide condities aangetoond kon worden wil niet zeggen dat deze equivalent zijn, alleen dat verschillen, als die er zijn, waarschijnlijk klein zijn. Sommige van de kwalitatieve uitkomsten leiden tot hypothesen die in vervolgonderzoek kwantitatief getoetst zouden moeten worden.

Aanbevelingen

Omdat we geen bewijs vonden voor een minstens middelgroot effect van telefonische bereikbaarheid buiten kantoor uren, adviseren wij dit niet langer in ST op te nemen. Bereikbaarheid tijdens kantoor uren en via email lijkt voldoende te zijn. Om het therapieproces niet onnodig te frustreren en drop-out te voorkomen suggereren wij flexibel om te gaan met de (geleidelijke) verlaging van sessiefrequenties tijdens de therapie.

Op grond van de feedback van de therapeuten in dit project wordt aanbevolen om voorafgaand aan en tijdens implementatie een goede training te geven. Deze dient gevolgd te worden door langdurige supervisie. Ook dient intervisie gewaarborgd te zijn. Gedegen overleg met afdelingsmanagers en crisiscentra is een voorwaarde. Daarnaast is onze aanbeveling om ST alleen te implementeren op locaties waar minimaal 3-4 schematherapeuten kunnen participeren.

Nieuwe ontwikkelingen binnen schematherapie

Op dit moment wordt een aantal gecontroleerde studies uitgevoerd waarin de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van ST wordt onderzocht. Dit zijn het onderzoek naar ST in vijftig zittingen voor niet-borderline persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis & Arntz, 2011). Ook wordt een onderzoek naar ST in een forensische setting uitgevoerd (Bernstein, Arntz & Vos, 2007). Daarnaast is groepstherapie onderzocht (Farrell, Shaw & Webber, 2009) en wordt op grond van veelbelovende resultaten uit deze studie, in een grote internationale trial groeps-ST onderzocht. Aangezien veel therapeuten in Nederland al opgeleid zijn in ST en er in 2012 een veel groter draagvlak is dan in 2005, heeft de implementatie van ST o.i. een gunstig toekomstperspectief.

Referenties

1. Arntz, A. (2008). Een beknopte geschiedenis van schematherapie. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds), *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek* (deel 2, 9-16). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
2. Arntz, A., Dirksen, C., & Bleecke, J. (2005). *Promoting and interfering factors related to implementation of schema focused therapy for borderline personality disorder in Dutch mental health care institutes*. Universiteit Maastricht, eindrapportage college voor Zorgverzekeraars.
3. Bamelis, L., & Arntz, A. (2011). Psychological treatment of personality disorders: *A multicentre randomized controlled trial on the (cost-) effectiveness of Schema-Focused Therapy*. Universiteit Maastricht, eindrapport voor ZonMW.
4. Bernstein, D. P., Arntz, A., & Vos, M. E., de. (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting, theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33 (2), 120-133.
5. Brooks, R. (1996) EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37, 53-72.
6. Dolan, P. (1997) Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care*, 35, 1095-1108.
7. EuroQol Group (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
8. Farrell, J.M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-28.
9. Genderen, H., van, & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
10. Giesen-Bloo, J., Wachters, L., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49, 136-141.
11. Giesen-Bloo, J., Dyck, R., van, Spinhoven, P., Tilburg, W., van, Dirksen, C., Asselt, T., van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
12. Grol, R., Wensing, M. & M. Eccles (2005). *Improving Patient Care, the implementation of change in clinical practice*. Maarssen: Elsevier.
13. Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
14. Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
15. Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: ZONMW.
16. Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
17. Nadort, M. (2005). *Schematherapie voor de Borderline Persoonlijkheidsstoornis*. Therapietechnieken. DVD-box, te verkrijgen via www.schematherapie.nl
18. Nadort, M., & Giesen-Bloo, J. (2005). *Pilot implementation study of SFT for borderline patients*. Universiteit Maastricht: eindrapportage College voor Zorgverzekeraars.
19. Nadort, M., Dyck, R. van, Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., Spinhoven, P., Dirksen, C., Bleecke, J., Milligen, B. van, Vreeswijk, M. van & Arntz, A. (2009a). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 938-945.

20. Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., Asselt, T. van, Wensing, M. & Dyck, R. van (2009b). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
21. Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P, Asselt van, T., Wensing, M. and R. Van Dyck (2009c). Implementation of outpatient schematherapy for borderline personality disorder: study design. *BioMed Central Psychiatry*, 9, 64.
22. Van Asselt, A.D.I., Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., Dyck, R. van, Spinhoven, P., et al. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost effectiveness of schema-focused therapy versus transference focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
23. P, Tilburg, W. van, Kremers, I.P., Nadort, M., & Severens, J.L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost effectiveness of schema-focused therapy versus transference focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
24. Vreeswijk, M. van, J. Broersen & M. Nadort (red), (2008). *Handboek Schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
25. Young, J., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. (2006). *Therapy Adherence and Competence Scale*. [Http://www.epp.unimaas.nl](http://www.epp.unimaas.nl) Accessed May 1, 2006.
26. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). Schemagerichte therapie: *Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.